

評価報告概要表

■第三者評価機関

名 称	社会福祉法人 山口県社会福祉協議会
評価調査日	令和元年11月29日（金）

■福祉サービス事業者情報

名 称	Graceful唯心	種 別	地域密着型特別養護老人ホーム
代表者氏名	総合園長 河内 美舟	開設年月日	平成25年5月1日
設置者	社会福祉法人 同朋福祉会	定員(利用人数)	29名(28名)
所在地	〒759-2212 美祢市大嶺町東分1707-2		
電話番号	0837-54-2080	FAX番号	0837-53-1011
ホームページアドレス	http://f-doho.com/		

■総 評

全体を通して(事業所の優れている点、独自に工夫している点など)
<p>◇特に評価の高い点</p> <p>○法人理念である「人みな同朋」の優しい心・ふれあう心・温かい心の仏教精神を礎とし、「生かされてある幸せ」を理事長自ら介護現場まで浸透され、入居者や現場職員の温かい雰囲気伝わってきました。</p> <p>○認知症カフェを毎月開催して地域の人に参加していただき、体操、カラオケ、脳トレなどのイベントの他、認知症に関する相談を行い、地域の意見やニーズ等の把握に努めておられます。</p> <p>○理事長が職員一人ひとりに「期待する職員像」を明確化した詩を作成し短冊にまとめ、中間面接で手渡し進捗状況の確認を行うことで職員のモチベーションを高め、働きやすい職場づくりに寄与されていました。</p> <p>○2か月に1回、地域運営推進会議を行われています。利用者、利用者の家族、地域住民の方々に対して事業所運営の透明性や地域との連携、サービスの質の確保についてサービス内容等を明らかにする取組が行われています。</p> <p>○6月から外国人技能実習生の受入れを開始されています。介護技術、日本語の習得についても多くの時間が必要であるなか、施設長中心に積極的にコミュニケーションを図り、実習生が業務に取り組みやすい雰囲気が作られていました。現場では、実習生が入居者に対して優しく丁寧な口調で声をかけ真面目に取り組み、また介護福祉士国家試験に備え受験勉強を行うなど、実習生の人材育成にも取り組まれていました。</p> <p>○高い志を持ってユニットケアを実践されています。入居者はゆったりと過ごされており、職員も穏やかに対応され、とても良い生活環境となっています。また、施設全体にわたって、壁紙は白を基調、窓は大きく外の光が入るようにして、明るい空間作りをされています。そして、居室も仏壇や家族等の写真を掛けたりする等、入居者の好みの空間になっていることは高く評価されます。</p> <p>○理念の理解を促すための法人歌があり、毎日開催される「お参り」では利用者と一緒に歌っていること、また法人本部で開催される施設長会議・高齢者部会にて話し合われる内容は、施設で開催される幹部会議にて説明して職員に周知させるなど、法人理念に基づく福祉サービスの質の向上や経営改善への取組に対して、施設長としてのリーダーシップを発揮されていることは高く評価されます。</p> <p>◇改善を求められる点</p> <p>○研修等を計画的に実施し、福祉サービスの質の向上に向けた取組が行われていますが、組織的に評価を行う体制が整っていないため、今後、PDCAサイクルに基づいた福祉サービスの質の向上に向けた取組が期待されます。</p> <p>○職員の心身の健康と安全確保に関して、「セクシャルハラスメント防止に関する規定」については、法人本部に規定が設置され、1回/月開催の施設長会議、高齢者部会等から各施設に展開され、周知されるよう努力されていますが、規定がGraceful唯心には整備されていなかったため、整備されることが望ましいと考えます。</p> <p>○パソコンによるネットワークが整備されておらず、看護職員、介護職員、相談員等が日々の入居者に関する記録をすぐに関覧することができないため、入居者の状態変化や福祉サービス内容の不具合に対して、組織で速やかな情報の共有が図れるような工夫の検討が望まれます。</p> <p>○中長期計画・事業計画が行動計画のみとなっているため、具体的な数値目標を立てることが必要です。</p> <p>○利用者数の推移や収支状況などは、幹部会議の中の予算管理の部分で説明されていますが、具体的な数値を議事録に残すことで、更なる職員への周知に繋がると考えられます。</p>

■第三者評価結果に対する事業者のコメント・事業所のPR

<p>今回第三者評価を初めて受審しました。そのため、事前準備で時間がかかったり、評価者が質問する内容の意図が把握できず回答に時間がかかったりして苦勞しました。特に評価者に法人センター(本部)とサテライトの機能にもっと着眼して頂きたかった点や法人の理念と施設の理念の把握が十分できなかった点が残念です。今回の受審時のコメント、評価結果を真摯に受け止め、職員全員で課題を対処することで、法人の理念である「優しい心」「ふれあう心」「温かい心」をモットーにサービスの質の向上に努めてまいります。</p>

評価報告概要表

■評価分野別評価結果(分野別の特記事項)

I 福祉サービスの基本方針と組織	a	4	b	5	c	0	Na	0
<p>○法人理念である「人みな同朋」の優しい心・ふれあう心・温かい心の仏教精神を礎とし、「生かされてある幸せ」を介護現場まで浸透され、施設内の掲示や広報誌やパンフレットをはじめ、法人の理念を取り入れた歌を理事長自ら作詞されCDとし、法人の方針を伝える工夫もされ、職員、入居者、外部者等に幅広く周知徹底、共有化を図る取組が行われています。</p> <p>○中長期計画において、事業計画はあるものの収支計画書が未整備であるため、事業計画をより数字として見える化し実効性のあるものにするためにも、事業計画と併せて収支計画も策定することが期待されます。</p> <p>○福祉サービスの質の向上のため、PDCAサイクルを意識した改善報告などのさらなる展開が期待されます。</p> <p>○利用者数の推移や収支状況などは、幹部会議の中の予算管理の部分で説明されていますが、具体的な数値を議事録に残すことは、更なる職員への周知に繋がると考えられます。</p>								

II 組織の運営管理	a	16	b	2	c	0	Na	0
<p>○施設長は自らの役割や責任を表明し、外部研修に積極的に取り組まれています。また、経営課題の把握と改善について、幹部会議、研修等を通じて職員に周知し、職員との信頼関係も構築できています。</p> <p>○事業管理規程に基づいた人材の確保や育成の体制が確立されており、介護職員求職者を紹介した職員に対する紹介料制度を活用し、福祉人材の確保に取り組まれていることは評価されます。</p> <p>○地域の福祉ニーズに基づいた「認知症カフェ」「サロン」を通じて、地域住民参加の交流会や2カ月に1回開催している地域運営推進会議を行い、関係機関や団体と定期的な連絡会議を行うなど地域に開かれた施設としても評価されます。</p> <p>○人事考課のフィードバックについて、施設長の評価を基準にして、理事長自らが賞与支給時に職員一人ひとりに取り組まれていることは高く評価されます。</p> <p>○職員の心身の健康と安全確保に関して、「セクシャルハラスメント防止に関する規定」については、法人本部に規定が設置され、1回/月開催の施設長会議、高齢者部会等から各施設に展開され、周知されるよう努力されていますが、規定がGraceful唯心には整備されていなかったため、整備されることが望ましいと考えます。また、法改正に対して更新されていない規程があるため、更新が必要です。</p>								

III 適切な福祉サービスの実施	a	16	b	2	c	0	Na	0
<p>○事故発生時の適切な対応、責任者の明確化や緊急時の連絡体制は整備されており、定期的にヒヤリハット分析等が行われています。また、職場内研修において事故防止・危険予知をテーマにした研修を開催し、入居者の安全と安心を確保するための取組は高く評価されます。</p> <p>○アセスメントに基づく個別的な実施計画を策定され、定期的な評価、見直しが行われています。変更した福祉サービス計画書の内容は関係職員に周知され、共有化が実現されています。</p> <p>○苦情解決に関する解決責任者・受付担当者・第三者委員について、住所・名前・電話番号のみならず、顔写真を載せておられます。苦情解決に向けた法人の強い取組姿勢があることは高く評価されます。</p> <p>○パソコンによるネットワークが整備されておらず、看護職員、介護職員、相談員等が日々の入居者に関する記録をすぐに閲覧することができないため、入居者の状態変化や福祉サービス内容の不具合に対して組織で速やかに対応な情報の共有が図れる仕組みの整備が望まれます。</p>								

IV 良質な個別サービスの実施	a	17	b	0	c	0	Na	0
<p>○完全個室のユニット型の施設はプライバシーに配慮し、居室や共同の空間では入居者の状態に合わせその都度配置替えを行う工夫がなされ、入居者本位の生活が確保されていました。</p> <p>○入居者の嗜好を把握し献立に反映されています。ご飯は各ユニットの炊飯器で炊き、家庭的であたたかい雰囲気づくりに取り組まれていました。また、献立、食材には季節感があり、盛り付けや食器にも工夫がなされ、美味しく食事する環境が整っていました。</p> <p>○入浴は個室でプライバシーが守られており、ヒートショック防止に配慮し冷暖房設備を整えられていました。また、排泄支援については定期的に排泄委員会を開催し、入居者一人ひとりの支援方法について検討と見直しを行い、オムツの方でもトイレで排泄できる環境づくりに取り組まれていました。</p> <p>○今年度から正看護師が配置され、介護職員が定期的に喀痰吸引、経管栄養の研修を受講する体制が整ったことで、今後の実施体制の強化、職員育成が期待されます。</p>								

第三者評価結果表

施設名 地域密着型特別養護老人ホーム Graceful唯心

評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

【 評 価 項 目 】		a	b	c	Na
1 理念・基本方針					
(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。					
1	1 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	○			
<p>(特に評価が高い点) 法人の理念や基本方針等は明文化され、施設内に掲示し毎日朝礼で唱和されています。また、広報誌やパンフレット等のほか、年2回ある家族連絡会等で周知に努めておられます。</p> <p>(改善が求められる点) ホームページへの理念、基本方針等の掲載がより分かりやすいよう改善が望めます。</p>					

2 経営状況の把握					
(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。					
2	1 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	○			
3	2 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	○			
<p>(特に評価が高い点) 理事長を中心として、福祉施設の経営状況について、施設長会議で定期的に福祉サービスのコスト分析や利用者推移、稼働率の分析を行い、必要に応じて業務改善につなげる取組をされています。</p> <p>(改善が求められる点) 利用者数の推移や収支状況などは、幹部会議の中の予算管理の部分で説明されていますが、具体的な数値を議事録に残すことは、更なる職員への周知に繋がると考えられます。</p>					

3 事業計画の策定					
(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。					
4	1 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。		○		
5	2 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。		○		
(2) 事業計画が適切に策定されている。					
6	1 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。		○		
7	2 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	○			
<p>(特に評価が高い点) 各部署の事業計画は、その部署で策定して施設長に上申するというシステムにより、職員の経営・運営に対する自主性を促されていることは高く評価されます。また、事業計画を施設内ロビーに常備し、入居者やご家族がいつでも確認できる状態であり、年2回の家族連絡会議等で施設長が入居者、ご家族に年度の事業計画の概要を説明し、周知を図る取組をされています。</p> <p>(改善が求められる点) 3年～5年の中・長期計画を踏まえた事業計画と収支計画の策定が望めます。中長期計画・事業計画が行動計画のみとなっていますが、サテライト型とはいえ、具体的な数値目標を立てることが必要です。また、せつかく利用者等への説明を丁寧に行われているので、その内容を議事録に残すことが望まれます。</p>					

【 評価項目 】		a	b	c	Na
4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組					
(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。					
8	1 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。		○		
9	2 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。		○		
<p>(特に評価が高い点) 職場研修年間計画などに基づき計画的に実施し、参加した職員は研修報告書を作成して職員内で研修内容を共有され、組織的に福祉サービスの質の向上に取り組まれており、積極的に第三者評価を受けるなど前向きな点が高く評価されます。</p> <p>(改善が求められる点) 研修等を計画的に実施し、福祉サービスの質の向上に向けた取組が行われていますが、組織的に評価を行う体制が整っていないため、今後、PDCAサイクルに基づいた福祉サービスの質の向上に向けた取組が期待されます。</p>					

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

1 管理者の責任とリーダーシップ					
(1) 管理者の責任が明確にされている。					
10	1 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	○			
11	2 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。		○		
(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。					
12	1 福祉サービスの質の向上に意欲をもちその取組に指導力を発揮している。	○			
13	2 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	○			
<p>(特に評価が高い点) 施設長みずから外部研修に積極的に取り組み、課題把握と改善のための取組に活用されています。法人本部で開催される施設長会議・高齢者部会にて話し合われる内容は、施設で開催される幹部会議にて説明して職員に周知させるなど、福祉サービスの質の向上や経営改善への取組に対して施設長としてのリーダーシップを発揮されていることは高く評価されます。</p> <p>(改善が求められる点) 法改正に対して更新されていない規程があります。実務的には対応されていると思いますが、規程の更新が必要です。</p>					

2 福祉人材の確保・養成					
(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。					
14	1 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	○			
15	2 総合的な人事管理が行われている。	○			
(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。					
16	1 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取組んでいる。		○		

【 評価項目 】		a	b	c	Na
(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。					
17	1 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	○			
18	2 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	○			
19	3 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	○			
(4) 実習生の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。					
20	1 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	○			
<p>(特に評価が高い点) 事業管理規程に基づいた人材の確保や育成の体制が確立されており、介護職員求職者を紹介した職員に対する紹介料制度や外国人労働者の受入れにもすでに取組まれ、福祉人材の確保の取組を実現されています。 人事考課のフィードバックについて、施設長の評価を基準にして、理事長自らが賞与支給時に職員一人ひとりに取組まれていることは高く評価されます。</p> <p>(改善が求められる点) 職員の心身の健康と安全確保に関して、「セクシャルハラスメント防止に関する規定」については、法人本部に規定が設置され、1回/月開催の施設長会議、高齢者部会等から各施設に展開され、周知されるよう努力されてはいますが、規定がGraceful唯心には整備されていなかったため、整備されることが望ましいと考えます。</p>					
3 運営の透明性の確保					
(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。					
21	1 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	○			
22	2 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	○			
<p>(特に評価が高い点) 毎年法人監査によるチェック機能があり、運営の透明性を確保するための取組に積極的に取り組まれています。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし。</p>					
4 地域との交流、地域貢献					
(1) 地域との関係が適切に確保されている。					
23	1 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	○			
24	2 ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	○			
(2) 関係機関との連携が確保されている。					
25	1 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	○			

【 評価項目 】		a	b	c	Na
(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。					
26	1 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	○			
27	2 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	○			
<p>(特に評価が高い点) 地域の福祉ニーズに基づいた「認知症カフェ」「サロン」を通じて地域住民参加の交流会2カ月に1回開催されています。 地域運営推進会議での現況報告や地域との交流状況等の意見交換を行うなど、関係機関や団体と定期的な連絡会議を行い、地域社会において役割を果たしていく取組をされています。</p> <p>(改善が求められる点) サテライト施設ではありますが、独自に地域とのつながりや、地域貢献等を構想していく必要があると考えられます。</p>					

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

1 利用者本位の福祉サービス					
(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。					
28	1 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	○			
29	2 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	○			
(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意(自己決定)が適切に行われている。					
30	1 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	○			
31	2 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	○			
32	3 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	○			
(3) 利用者満足の向上に努めている。					
33	1 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	○			
(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。					
34	1 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	○			
35	2 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	○			
36	3 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	○			

【 評価項目 】		a	b	c	Na
(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。					
37	1 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	○			
38	2 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	○			
39	3 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	○			
<p>(特に評価が高い点) 事故発生時の適切な対応、責任者の明確化や緊急時の連絡体制は整備されており、定期的にヒヤリハット分析等が行われています。また、職場内研修において事故防止・危険予知をテーマにした研修を開催し、入居者の安全と安心を確保するための取組は素晴らしいものです。 苦情解決に関する解決責任者・受付担当者・第三者委員について、住所・名前・電話番号のみならず、顔写真を載せておられます。苦情解決に向けた法人の強い取組姿勢があることは高く評価されます。 災害時の訓練や各種マニュアルも作成整備され、特に停電マニュアルの整備は高く評価されます。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし。</p>					

2 福祉サービスの質の確保					
(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。					
40	1 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。		○		
41	2 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。		○		
(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。					
42	1 アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	○			
43	2 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	○			
(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。					
44	1 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。	○			
45	2 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	○			
<p>(特に評価が高い点) アセスメントにもとづく個別的な実施計画を策定しておられ、定期的な評価、見直しが行われています。変更した福祉サービス計画書の内容は関係職員に回覧され、周知され共有化が図られています。</p> <p>(改善が求められる点) パソコンによるネットワークが整備されておらず、看護職員、介護職員、相談員等が日々の入居者に関する記録をすぐに見ることができないため、入居者の状態変化や福祉サービス内容の不具合に対して組織で速やかな情報の共有が図れるような工夫の検討が望まれます。 個別ケアを考えて、標準的な実施方法の文書化がなされていないということでしたが、サービスの一定の水準を担保するためにも、手順書のようなものの整備は必要ではないかと考えられます。</p>					

IV 良質な個別サービスの実施(特養)

【 評価項目 】		a	b	c	Na
A-1 生活支援の基本と権利擁護					
(1) 生活支援の基本					
1	1 利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるよう工夫している。	○			
2	2 利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っている。	○			
<p>(特に評価が高い点) 入居者とのコミュニケーション手段を確保するために、一人ひとりの状況をアセスメントした中でコミュニケーション上で注意すべき事項があればケアカンファレンス情報の共有を行い、対応してされています。また、施設長自ら入居者一人ひとりと毎朝直接話をして傾聴し、入居者の抱く思いや要望の把握に努められています。 ひとりで過ごされたいときは居室で過ごすなどの配慮がある、毎日11時に開催される「お参り」も自由参加であるなど、個人の自己決定が尊重されています。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし。</p>					
(2) 権利擁護					
3	1 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	○			
<p>(特に評価が高い点) 利用者の基本的人権及び尊厳の尊重・プライバシー保護に関するマニュアルや身体的拘束等適正化指針、身体拘束防止マニュアル等について明文化されています。また、権利擁護をテーマにした施設内研修を開催し、職員の意識啓発に取り組まれています。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし。</p>					
A-2 環境の整備					
(1) 利用者の快適性への配慮					
4	1 福祉施設・事業所の環境について、利用者の快適性に配慮している。	○			
<p>(特に評価が高い点) 居室が全個室であり、プライバシーが確保されています。また、居室や共同の空間では入居者の状態に合わせ、その都度配置替えを行う工夫がなされています。施設全体にわたって、壁紙は白を基調、窓は大きく外の光が入るようにして、明るい空間作りをされているほか、居室も仏壇や家族等の写真を掛けたりする等、利用者の好みの空間になっていることは高く評価されます。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし。</p>					

【 評価項目 】		a	b	c	Na
A-3 生活支援					
(1) 利用者の状況に応じた支援					
5	1 入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	○			
6	2 排せつの支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	○			
7	3 移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	○			
<p>(特に評価が高い点) 入浴は個室でプライバシーが守られており、ヒートショック防止に配慮し冷暖房設備を整えられています。 排泄支援については定期的に排泄委員会を開催し、入居者一人ひとりの支援方法について検討と見直しを行い、オムツの方でもトイレでの排泄が可能な場合は介助を行う取組を行っておられます。トイレは3居室ごとに1室配置され、暖房便座、臭い消しもあり、きれいに清掃されていました。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし。</p>					

(2) 食生活					
8	1 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	○			
9	2 食事の提供、支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	○			
10	3 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	○			
<p>(特に評価が高い点) 利用者の嗜好を聞き取り把握し、献立に反映されています。ご飯は各ユニットで炊飯器で炊き、家族的であたたかい雰囲気づくりに取組まれています。また、献立、食材には季節感があり盛り付けや食器にも工夫がされ、美味しく食事する環境が整っており、聞き取りでも食事がおいしく完食される方が多いとのことで、評価されます。</p> <p>(改善が求められる点) サテライト施設ということで栄養士が配置されておらず、食事センターキッチンで作られたものが運ばれてきています。そういった状況ですが、年に一度は嗜好調査を行い、利用者の意向を把握するなどしたデータをセンターキッチンで反映する仕組みも必要です。</p>					

(3) 褥瘡発生予防・ケア					
11	1 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	○			
<p>(特に評価が高い点) 褥瘡発生に関する指針を整備され、皮膚状態の確認、清潔の保持の方法等、褥瘡の予防についての標準的な実施方法が確立されています。また、褥瘡発生危険度の高い入居者に関しては、申し送りノートや連絡ノートを活用し、全職員が同様のケアを行える取組がなされています。</p> <p>(改善が求められる点) 栄養士が配置されていないことによる、低栄養状態の利用者の把握や栄養補助食の導入等の改善手法を確立する必要があります。また、基幹施設の栄養士に協力を得る等の仕組みも必要です。</p>					

【 評価項目 】		a	b	c	Na
(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養					
12	1 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養を実施するための体制を確立し、取組を行っている。	○			
<p>(特に評価が高い点) 今年度から正看護師が配属されたことで、介護職員が定期的に喀痰吸引、経管栄養の研修を受講する体制が整い、今後の研修の機会確保や実施体制の充実、強化を図り職員育成に取り組まれています。</p> <p>(改善が求められる点) 正看護師と面談した際、介護職との連携により介護度が重い利用者でも対応できる体制を築きたいとの意欲がありました。重度化が進む昨今、更なる取組への挑戦が期待されます。</p>					

(5) 機能訓練、介護予防					
13	1 利用者の心身の状況に合わせ機能訓練や介護予防活動を行っている。	○			
<p>(特に評価が高い点) 看護師指導のもと、施設独自の3B体操等の機能訓練が必要な利用者に応じた訓練指導を行い、機能回復、または機能減退防止のための取組が提供されています。</p> <p>(改善が求められる点) 介護度の重度化により機能低下している利用者が多くなり、また多様化しています。日常生活の中で、嚥下機能訓練、脳トレ、筋トレなど機能訓練も多様化する必要があるのではないかと考えられます。</p>					

(6) 認知症ケア					
14	1 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	○			
<p>(特に評価が高い点) 認知症ケアマニュアルに基づいて職員間で情報を共有し、介護方法の統一化を図っておられます。また、毎月のケアカンファレンスで認知症状のある入居者については対応方法を分析し、支援内容を検討する取組を行っておられます。</p> <p>(改善が求められる点) 認知症についてはまさに日進月歩であり、認知症と一言でいっても多種多様です。新しい情報の収集と研鑽が期待されます。</p>					

(7) 急変時の対応					
15	1 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順を確立し、取組を行っている。	○			
<p>(特に評価が高い点) 健康管理マニュアル、服薬管理マニュアルや誤薬マニュアルに従い、職場内研修でも教育実施されています。また、かかりつけ医の医療機関とは日頃から連携を行い、緊急時には迅速に対応できるシステムが構築されています。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし。</p>					

【 評価項目 】		a	b	c	Na
(8) 終末期の対応					
16	1 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立し、取組を行っている。	○			
<p>(特に評価が高い点) ターミナルケア・精神的ケア対応マニュアルに基づき対応されています。また、入居者及びご家族に終末期を迎えた場合の意向確認を行い、利用者の尊厳を尊重するとともにご家族への精神的なケアにも配慮し、安らかな気持ちで生きることができるように支援されています。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし。</p>					

A-4 家族等との連携					
(9) 家族等との連携					
17	1 利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。	○			
<p>(特に評価が高い点) ケアプラン評価時や更新時には、介護支援専門員より計画の見直しや変更について定期的にご家族から意見や要望の確認を行っておられます。また、施設長自ら毎月の施設利用料の現金払いの入居者ご家族には個別で面談を行ったりと、普段からご家族と交流を持ち、話しやすい雰囲気を心がけておられます。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし。</p>					